Rok XXXV. Kraków 11. Lipca 1896. Nr. 28.

Redakcya:
ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Peres w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

L. 1185.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mikuliczynie z roczną płacą 600 złr. i ryczałtem na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Do okręgu tego należą gminy Jabłonica, Jamna i Mikuliczyn z przysiołkami Tatarów, Worochta, Polenica Czemegowska i Popowiczowska.

Obowiązkiem lekarza okręgowego jest utrzymywać aptekę domową i stosować się ściśle do instrukcyi służbowej z dnia 31. Grudnia 1891. Nr. 83. dz. ukr.

Kompetenci wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) znajomością języków krajowych w słowie i piśmie;
5) najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim;
6) fizyczną zdolnością.

Należycie udokumentowane podania należy wnieść najdalej do 31. Lipca b. r.

Nadwórna 22. Czerwca 1896. 143—3—2

Najlepszy środek odwietrzający

w praktyce położniczej

Lysol

Aby uniknąć pomyłek z środkami do wewnętrznego użytku przeznaczonymi, najlepiej zapisywać LYSOL w flaszkach oryginalnych.

Jedynie uprzywiliowani fabrykanci: SCHÜLKE i MAYR

15—12—7 **Wiedeń**, I. Reichsrathstrasse 27.

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN

Z WIEDNIA

jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 110—10—8

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

Najlepszy dyetetyczny i orzeźwiający napój

Giesshübl-Sauerbrunn przy Karlsbadzie.

Zakład wodoleczniczy, miejsce klimatyczne i lecznicze.

HENRYK MATTONI Giesshübl-Sauerbrunn koło Karlsbadu.

Francensbad. **Wiedeń.** Budapeszt. 12—21—14

Andrzej Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János

według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 1—46—25

»Saxlehnera wody gorzkiej«.

Mam zaszczyt zawiadomić Szanownych P. T. Kolegów, iż ordynuję w r. b.

w Karlsbadzie

i że mieszkam tam jak dotychczas

Markt Schwarzer Adler.

Dr. Józef Tugendhal,

106—6—6 *emer. c. k. lekarz pow.*

Apteka pod „Złotą głową“

ARNOLDA REIFERA

w Krakowie, Rynek główny 13.

Telefon Nr. 232.

utrzymuje na składzie wszelkie nadto najnowsze środki lecznicze, jako to: 144—x—1

Airol,
Argonin,
Antinosin,
Strol,
Lysidin,
Medulladen,
Prostaden,
Somatoze (Bayer),
Spermin (Poehl),
Tanningen (Bayer),
Tussol,
Urotropin (Schering).

Wysyłki z prowincyi uskutecznia się odwrotnie.

Rok XXXV. Kraków 11. Lipca 1896. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej.

Podał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

Do rzadkich cierpień spojówki należą jej torbielowate utwory; o wiele rzedziej jeszcze dokonywano dokładniejszych badań anatomicznych tego zboczenia. Świeżo opisał Rombolatti (*Klinischer anatomischer Beitrag z. d. einfachen oder serösen Cysten d. Bindehaut. Arch. f. Augenheilkunde* XXXI., 1.) przypadek torbiela spojówki. Odróżnia on 4 rodzaje torbieli spojówki:

1) położone w samej spojówce gałki, wrodzone lub nabyte, przeźroczyste, o cienkich ścianach;

2) również najczęściej w spojówce gałki położone, a do pierwszych najzupełniej podobne, lecz pochodzenia uraźnego. Dokładny opis anatomiczny tych torbieli podał tylko Uhthoff (*Berl. klin. Wochensch.* 1878. Nr. 49). W jednym z jego przypadków torbiel powstał po przemieszczeniu ku przodowi mięśnia; ścianę stanowiła włóknista tkanka łączna, próżnię wyścielał jednowarstwowy płaski przybłonek, a ciała obcego nie było. W drugim przypadku, przy skaleczeniu powieki, do spojówki gałki zostały wciśnięte rzęsy. Ścianę również stanowiła włóknista tkanka łączna, próżnię wyścielał jednowarstwowy przybłonek, jednakże w jednem miejscu na wierzchołku, gdzie była osadzona rzęsa, przybłonek był wielowarstwowy. Co się tyczy trzeciego przypadku, to jakkolwiek do spojówki wpadło ciało obce, Uhthoff jednak słusznie widzi w powstałym torbielu tylko miejscowe rozszerzenie naczynia limfatycznego.

3) Do trzeciej kategoryi należą liczne torbiele, powstałe najwyraźniej wskutek rozszerzenia naczyń limfatycznych spojówki gałkowej. Hirschberg pierwszy opisał je i przedstawił (*klin. Beobachtungen Wien* 1874. T. 1. f. 2). Alt również (*Comp. d. Histologie des Auges* 1880. str. 69) zbadał anatomicznie taki utwór, najzupełniej zasługujący na miano naczyniaka limfatycznego spojówki. Stanowiły go przewody i przestwory, które bezpośrednio się ze sobą łączyły, niekiedy też oddzielały je od siebie tylko bardzo cienkie ściany. Te ostatnie zresztą stanowiły włókna spojówki, które wyścielała niezupełna warstwa śródbłonka. „Jeśli, mówi Alt, rozszerzenie limfatycznych przestworów zwiększa się i ściany pośrednie stopniowo zanikają, tak iż liczne próżnie w jedną się zlewają, powstaje torbiel surowiczy“. Później utwory te zbadał Delacoeillerie (*Thèse de Paris* 1892.), który również przyznaje zespolenia próżni torbieli, jakoteż wyścielającą je niezupełną warstwę śródbłonkową.

Niedawno w tutejszym szpitalu miejskim zwrócono uwagę moją na prawe oko chorego 54-letniego mężczyzny, cierpiącego na raka żołądka. W oku tem, w górnym i zewnętrznym odcinku gałki, zdaleka dawał się spostrzegać, jakby skrzydlik. W istocie jednak był to utwór zupełnie odmienny. Na brzegu rogówki cokolwiek go nawet przykrywając, znajdował się przeźroczysty blady pęcherzyk, wielkości ledwo 1 mm. Od niego też ku górze i ku zewnątrz, prawie do samego równika, gdzie miał przeszło 1 cm. szerokości, ciągnął się trójkąt, mało wzniesiony nad powierzchnię spojówki, a złożony z bardzo wielu cienkich bladych pęcherzyków. W kilka tygodni później otrzymałem wyłuszczoną gałkę, przechowaną bardzo źle w słabym wyskoku O dokładnem przeto badaniu drobnowidowem nie mogło być mowy. Wogóle jednak mogę potwierdzić to, co znaleźli w podobnych utworach Hirschberg, Alt i Delacoeillerie; dodam chyba, że przestwory były wydłużone przeważnie w kierunku południkowym, kierunek równikowy o wiele rzedziej spostrzegałem. Odpowiada to najzupełniej kierunkowi naczyń limfatycznych w spojówce gałki.

4) Do czwartej wreszcie kategoryi zalicza Rombolatti torbiele, które powstają w okolicy górnego fałdu przejściowego. De Vincentius (*Congr. dell' associazione ottalm. ital.* 1888.) pierwszy zwrócił uwagę na tę okoliczność, że torbiele te powstają z gruczołów Krausego. Następnie Moduro (*Annali di ottalm.* XVIII., str. 251) znalazł na górnej powiece 14-letniej dziewczyny torbiel, którego ścianę z włóknistej tkanki łącznej złożoną i zawierającą miejscami tkankę gruczolakowatą i odosobnione pęcherzyki gruczołowe, wyścielał 2-warstwowy przybłonek walcowaty. Utwór ten pochodził od gruczołów Krausego, właściwie od przewodu. Dalej Antonelli *An. di ottalm.* XIX. str. 407) opisał u 17-letniej dziewczyny torbiel wzdłuż fałdu górnego, powstały w ciągu trzech miesięcy, błękitno przeświecający; były nadto dodatkowe torbiele. Ściany wyścielał 2-warstwowy przybłonek walcowaty. Zdaniem Antonellego torbiel ten powstał również z gruczołów Krausego. Wreszcie Rombolatti (l. c.) opisał następujący przypadek: gałka oczna uległa uprzednio zanikowi wskutek przedziurawienia uraźnego rogówki, białkówki, wypadnięcia tęczówki i ciała rzęskowego. W cztery lata później znaleziono utwór przeświecający w wewnętrznej połowie fałdu dolnego, wysokości około 2·5 cm., który dochodził do brzegu zanikłej rogówki. Rombolatti miał się przekonać, po dokładnem rozcięciu torbiela, że próżnia jego bynajmniej nie znajdowała się w połączeniu z wypadniętem ciałem rzęskowem w ranie białkówki. Wyciął trzy kawałeczki przedniej ściany torbiela; stanowiła ją spojówka z jej przybłonkiem, który zawierał liczne komórki puharowe; ku wewnątrz tkanka łączna była ułożona w bardziej prawidłowe blaszki; próżnię wyścielał przybłonek 2—3 warstwowy. Głęboką warswę stanowiły komórki sześcienne, powierzchowne, płaskie. Tak więc

R. zbadał tylko zewnętrzną (przednią) ścianę torbiela; utrzymuje jednak, wychodząc z prac de Vincentiis i uczniów jego, że powstał on z torbielowatego zwyrodnienia gruczołów Krausego, opierając się zaś na budowie przybłonka, utrzymuje, że powstał on nie z jednowarstwowych pęcherzyków, lecz z wielowarstwowego przewodu. Antonelli wprawdzie utrzymywał, że torbielowate utwory spojówki z gruczołów Krauzego powstają tylko w obrębie górnego załamka spojówki, a to z powodu, że najpierw załamek górny zawiera 8—20 gruczołów gęsto położonych obok siebie i zajmujących razem względnie znaczny obszar; dolny zaś załamek zawiera ich tylko 2—8 i dość daleko od siebie położonych. Rombolatti mimo to utrzymuje, że w jego przypadku torbiel powstał właśnie z gruczołów Krausego w obrębie załamka dolnego położonych.

Że z gruczołów Krausego mogą powstawać torbiele, przekonałem się sam w jednym przypadku nowotworu, powstałego po wyłuszczeniu gałki (*Przegl. lek.* 1895. Nr. 15). Badanie drobnowidowe wykazało nowotwór jako gruczolak torbielowaty gruczołów Krausego. Torbiele były niewielkie (do 0·2 mm.), lecz sam nowotwór był operowany w okresie wczesnym. Powstanie torbieli z gruczołów Krausego, mianowicie z samych pęcherzyków, w tym przypadku najmniejszej nie mogło ulegać wątpliwości, gdyż najpierw wyścielający je przybłonek był jednowarstwowy, a chociaż kształt komórek był nieco odmienny, mianowicie sześcienny, wytłómaczyć to jednak łatwo może stopniowe rozciąganie ściany. Dalej udało mi się nawet widzieć bezpośrednie połączenie tych torbieli z prawidłowymi przewodami gruczołów. Nie zaprzeczając przeto bynajmniej możliwości powstawania torbieli spojówki z gruczołów Krausego, jak w uprzednio opisanych przypadkach, tak też w przypadku Rombolattiego wyznam jednak, że rozporządzając dla badania anatomicznego li tylko cząstkami przedniej ściany torbiela, nie odważyłbym się jeszcze wyprowadzać pochodzenie jego od gruczołów Krausego.

Do tych czterech kategoryj torbieli spojówki dodać wypadałoby jeszcze 5-tą, mianowicie torbieli, znajdujących się w pobliżu brzegu rogówki, przy skrzydliku które powstanie swe zupełnie odmiennym prawdopodbnie zawdzięczają czynnikom. Przed kilku laty (*Przegl. lek.* 1887. Nr. 24) opisałem torbiel w polipie, przyczepionym do skrzydlika w okolicy rąbka spojówki. W środku polipa znajdował się obszerny torbiel, wysłany wielowarstwowym przybłonkiem. Nadto pomiędzy powłoką zewnętrzną a torbielem środkowym, w ścianie polipa znajdowały się liczne drobniejsze torbiele, które właściwie stanowiły raczej przerwy w tkance, ściany też ich wyścielał śródbłonek. W jaki sposób powstać mógł w polipie torbiel środkowy, objaśnić tego zupełnie nie możemy. Gallenya (*An. di ottalm.* XVI. str. 490) utrzymywał, że w tłuszczyku spojówki (*Pinguecula*) istnieje jama, do której z powierzchni spojówki prowadzi przewód. Utwory te mogą jakoby przeistaczać się w torbiele spojówki, lub też prowadzić do przeistoczenia tłuszczyka w skrzydlik. Ostatnie jednak prace Fuchsa (*Archiv. f. Ophthalmologie* XXXVII. 3. XXXVIII. 2.) udowodniły, że skrzydlik bezwarunkowo zawsze powstaje z tłuszczyka, dalej, że próżnia owa w tłuszczyku, wcale nie istnieje.

W spojówce znajdujemy jednak utwory torbielowate zupełnie innego pochodzenia, mianowicie mające związek bezpośredni z samą gałką. Po operacyach, zwłaszcza gdy cięcie prowadzono ku zewnątrz od rąbka, już w tkance samej białkówki często bardzo, szczególniej przy jaskrze, otrzymujemy w miejscu gładkiej blizny, wyniosłości przeźroczyste, które mogą mieć niekiedy pewne podobieństwo do torbiela spojówki, różnią się jednak bardzo wyraźnie tem, że przekraczają brzeg rogówki. Utwory podobne powstają łatwiej jeszcze, jeżli do brzegu rany jest wklinowana tęczówka. Dalej Saemisch (*Handb. d. gesammt. Augenheilkunde* Bd. IV., str. 149) zwrócił uwagę na okoliczność, że przy nadbrzeżnych przetokach rogówki, które przechowały swą powłokę spojówkową, na brzegu rogówki powstać mogą ograniczone okrągławe podniesienia spojówki, które przypominają torbiele spojówki, różnią się jednak od nich tem, że obejmują część brzegu rogówki.

W Czerwcu r. 1893 zgłosiła się do mnie 24-letnia Anna G. Na prawej rogówce środkowe bielmo, prawie 4 mm. średnicy mające. Ku dołowi jeszcze w wieku dziecinnym wykonano bardzo szeroką iridektomię, która to okoliczność jest powodem bardzo znacznego światłowstrętu. $V = {}^{20}/_{200}$, z pomocą przyrządu szczelinowego czyta D = 0·8 Sn. W lewem oku szczelina powiek jest cokolwiek wyższą, spojówka powiek prawidłowa. W miejscu rogówki bardzo niewyraźna ciemna plama, wielkości tylko 2 mm. przykryta pęcherzykiem; ku górze i ku zewnątrz od tej domniemanej rogówki na gałce znajduje się utwór wypukły, podługowaty, osadzony na szerokiej podstawie, który zdawał się dochodzić do załamku drugiej spojówki, stopniowo rozszerzając się ku tyłowi i ku górze, utwór ten jest nawpół przeźroczysty, wygląda jak zwykły torbiel surowiczy, przykrywa go błona barwy blado różowej, w której dają się się spostrzegać liczne naczynia, na spojówce białkówki, zupełnie prawidłowej, po za obrębem torbiela widzimy liczne grube żyły. Zmiany w tem oku datują od urodzenia; chora nie przypomina sobie, by później kiedykolwiek ono ją bolało, jak również by kiedykolwiek doznawała w niem wrażenia światła. Chodziło jej o wstawienie oka sztucznego, ponieważ zaś utwór torbielowaty stawał temu na zawadzie, przeto 16. Czerwca wykonałem wyłuszczenia całej gałki.

Gałkę przechowaną w płynie Müllera 3. Lutego 1895. rozciąłem na dwie połowy w kierunku wielkiego południka, który przecinał po połowie utwór torbielowaty, przechodząc jednocześnie przez środek domniemanej rogówki i przez nerw wzrokowy. Na przekroju łatwo się było przekonać, ze utwór torbielowaty ku dołowi i ku wewnątrz dochodzi tylko do jednego wyrostka, przypominających wyrostki rzęskowe, ku górze żaś i ku wewnątrz nie dochodzi równika gałki. Ściany jego zdawały się stanowić bezpośrednio ciąg dalszy ścian białkówki, sam on wogóle stanowił mniej więcej trzecią część objętości wyłuszczonej całości. Największa długość wynosiła we wspomnianym kierunku 22 mm. Przednia oś gałki była 15 mm. długą, szerokość gałki w kierunku równika wynosiła 17 mm. Torbiel od podstawy do wierzchołka miał 7 mm. wysokości, największa średnica podstawy jego równała się 15 mm., widocznem też było, że był on wielokomorowy. Drobne komory (3—4 na przekroju) wyrosły w średnicy około 1 mm. i znajdowały się jedna obok drugiej ku dołowi i ku wewnątrz; przeciwnie, ku górze i ku zewnątrz znajdował się jeden tylko większy torbiel; największa średnica jego wynosiła 10 mm. Drobniejsze torbiele miały

z wieszym wspólną grubą ścianę zewnętrzną, grubości 0·5—2 mm. Przegródki pomiędzy torbielami były niezupełne. Od przedniej powierzchni gałki torbiel zdawał się wcale nie posiadać własnej ściany, stanowiła ją raczej spłaszczona i cienka przednia ściana samej gałki. Pod nią bezpośrednio znajdowały się dwa ciemne utwory, wielkości każdy mniej więcej 1 mm. □, a oddalone od siebie o 2 mm. były to wyrostki rzęskowe. O komorze przedniej, tęczówce i soczewce nie mogło być mowy. Nerw wzrokowy, obok otworu w białkówce, miał niespełna 1 mm. grubości. Naczyniówka była cienka, przechowała jednak barwik; siatkówka ściągnięta ku przodowi do wspomnianych wyżej wyrostków rzęskowych; zupełnie oderwana od naczyniówki, jednak nie lejkowato w ścisłem znaczeniu wyrazu, gdyż tworzyła worek, którego szerokość największa wynosiła przeszło 10 mm. Grubość jej była rozmaitą; w tylnej połowie gałki była bardzo cienką, przeciwnie ku przodowi stawała się znacznie grubszą. Ciała szklanego wcale nie było, jama zaś przez siatkówkę utworzona zawierała rzadką ciecz, w której najmniejszych nawet śladów skrzepów nie podobna było dostrzedz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O nerwicach skórnych.

Wykład habilitacyjny

Dra Władysława Reissa,

miany 21. Maja 1896.

(Dokończenie Patrz Nr. 27).

Nerwice odżywcze ogólne odznaczają się przebiegiem zawsze przewlekłym, występują zrazu na przestrzeni ograniczonej, posiadają jednak dążność do zajmowania coraz to większych obszarów skóry, nie oszczędzając również i z nią zestosunkowanych: paznogci i włosów. Do nerwic tych zaliczamy: 1) twardziel skóry (*Sclerodermia*), 2) zanik skóry samoistny (*Atrophia cutis idiopathica*) i 3) nerwice barwikowe.

Do niedawna dermatologowie uważali twardziel za chorobę spowodowaną zaburzeniami w krążeniu chłoniczem w skórze właściwej, ze zmianami analogicznemi do tych jakie spotykamy w słoniowaciźnie, z tą tylko różnicą, że nie wchodzi tu w grę tkanka podskórna, lecz warstwy skóry właściwej, a przedewszystkiem warstwa brodawkowa (*stratum papillare*). Dopiero Liveing (880) pierwszy zwrócił uwagę dermatologów na charakter neuropatyczny tego cierpienia, zaliczając je pomiędzy nerwice odżywcze ogólne skóry właściwej. Rozróżniamy dwie odmiany tej choroby, mianowicie jedną miejscowo tylko przebiegającą t. zw. twardziel umiejscowioną (*Sclerodermia partialis v. Morphaea*), drugą ogólną twardziel powszechną (*Sclerodermia universalis*). Pierwsza odmiana tej choroby to jest twardzieli plamistej (*Morphaea*) była już znaną w początku bieżącego stulecia, a pierwszym, który ją dokładnie opisał, był Alibert (1817). Ponownie zaczęto się dokładnie zajmować tem cierpieniem w niedawnych czasach, w miarę jak się zaczęły pojawiać coraz to liczniejsze spostrzeżenia nad tą chorobą, opisywaną już to jako „*Sclerodactylitis*“ (Ball), już też jako „*Panaritium nervosum*“ (Quinquaud) i t. d. Odmiana ta występuje najczęściej na skórze kończyn, rzadziej na tułowiu lub twarzy w postaci plam, tu i owdzie porozrzucanych, barwy białej, połysku woskowego, rozmaitej wielkości, kształtu zazwyczaj owalnego. Skóra w tych miejscach nie daje się ująć w fałd, jest nadzwyczaj twardą i niepodatną. Miejsca chore okazują stale niższą ciepłotę, aniżeli reszta skóry zdrowej. W około miejsc sklerotycznych skóra prawidłowa, nieco tylko ciemniej zabarwiona. Z czasem przychodzi do coraz to większego zaniku miazdry i tkanki podskórnej, a wreszcie i warstwy mięśniowej. Hutchinson pierwszy zwrócił uwagę na to, że ogniska sklerotyczne usadawiają się zwykle wzdłuż przebiegu pewnych nerwów, a inni autorowie angielscy zwracają uwagę na przypadki twardzieli miejscowej ze zmianami barwikowemi włosów. Gibenet opisuje przypadek choroby tej na twarzy z następowym zanikiem mięśni strony chorej, przedstawiający obraz zupełnie podobny do „*Hemiatrophia facialis*“. Bardzo charakterystyczną jest barwa skóry w samym początku choroby, kiedy na tle zupełnie białem odróżnić możemy małe ogniska skóry jeszcze różowo zabarwionej. Po pewnym czasie barwa biała bierze przewagę i otrzymujemy pola zupełnie jednostajnie biało zabarwione, przypominające „*Vitilligo*“. Cierpienie to różni się bardzo od odmiany ogólnej twardzieli, tak w swoich objawach, jako też w przebiegu klinicznym.

Twardziel powszechna (*Sclerodermia universalis*) jest odmianą o wiele więcej znaną i dlatego we wszystkich podręcznikach dermatologicznych o wiele więcej uwzględnianą, aniżeli *Morphaea*. I tu utrzymywała się teorya Hellera, upatrująca przyczynę tej choroby w zarośnięciu przewodu piersiowego, aż do najnowszych czasów, a Kaposi należał do niedawna do jej gorliwych obrońców. Dopiero Harley i Vidal zwrócili uwagę na zupełną analogię objawów tej choroby z innemi nerwicami troficznemi i na charakterystyczne zmiany w krążeniu obwodowem, które poprzedzają zawsze naciek w *corpus papillare* i następowe zmiany odżywcze. Odmiana ta ma przebieg równie przewlekły jak *Morphaea*, prowadzi jednak w krótkim stosunkowo czasie do zajęcia znacznych obszarów skóry, z następowym zanikiem mięśni, najczęściej w zakresie kończyn. Obok więc zaburzeń ogólnych w ekonomii ustroju, jakie sprowadzić musi twardziel skóry na wielkiej przestrzeni, spowodowuje ona unieruchomienia stawów z następowemi przekurczeniami, dalej niejednokrotnie zmiany w układzie kostnym, przedewszystkiem w zakresie falang. Choroba ta prowadzi z bardzo nielicznymi wyjątkami do ogólnego wyniszczenia i zejścia śmiertelnego.

Zanik skóry właściwej (*Atrophia cutis genuina*) należy do chorób, które Hebra zaliczył pierwotnie do osobnej grupy swojej klasyfikacyi pomiędzy zaniki skóry (*Atrophia cutis*), a Auspitz opisuje ją jako zboczenie rozwojowe skóry, czyli tak zw. Chorioblastozę. Dopiero Schwimmer zwrócił uwagę patologów na związek przyczynowy pomiędzy owym zanikiem skóry, a pewnemi zmianami w układzie nerwowym, sprowadzającemi zboczenia w odżywieniu powłok zewnętrznych, zboczenia niemal zupełnie podobne do zaniku starczego (*atrophia cutis senilis*), występującego fizyologicznie w wieku podeszłym. Najczęstszą odmianą tej choroby jest zanik częściowy (*atrophia partialis*), jako t. zw. *stria* lub *macula atrophica*. Małe takie ogniska zanikowe, zwykle do blizny podobne, i jako takie często rozpoznawane, są bardzo częste, a znajdujemy je albo w postaci cienkich pasemek, nieraz wzdłuż przebiegu pewnych gałązek nerwowych, albo w postaci większych lub mniejszych pól nieregularnych, szczególnie na klatce piersiowej i na powłokach brzusznych. Ogniska te zanikowe mają

znaczenie nerwic obwodowych z zupełnym zanikiem *corpus papillare*, a za etyologią nerwową przemawia również i ta okoliczność, że właściwą sprawę zanikową poprzedza zawsze okres nawałowy, podobnie jak w przebiegu twardzieli.

Odmiana ogólna zaniku skóry (*atrophia cutis universalis*) należy do chorób nader rzadko występujących. W przebiegu klinicznym okazuje ona analogię do późnego okresu twardzieli powszechnej, w którym mianowicie naciek w *stratum papillare* przechodzi w następowy okres zanikowy. Przez długi przeciąg czasu uważano nawet powszechnie chorobę tę za nic innego jak tylko za okres zanikowy twardzieli i dopiero Wilson, Hebra i Kaposi opisali ją jako swoistą postać chorobową, t. j. jako zanik skóry właściwej w ścisłem tego słowa znaczeniu. Wszyscy ci trzej autorowie zgadzają się na etyologię nerwową tej choroby, a zmiany barwikowe, w jej przebiegu występujące, przemawiają bardzo za współudziałem nerwu współczulnego. Scheuthauer i Babes podają jako zmiany anatomo-patologiczne ogniska sklerotyczne tak w układzie ośrodkowym, jako też w nerwach obwodowych, ze względu jednak na rzadkość tej choroby pozostawiają i opisy jej przebiegu klinicznego wiele do życzenia.

W żadnej z nerwic troficznych powyżej uwzględnionych nie zdołano wykazać tak naocznie wpływu układu nerwowego na dotyczące zmiany chorobowe, jak w nerwicach barwikowych skóry. Doświadczenia Goltza, Heringa i Vulpiana wykazały, że można wprost przez podrażnienie pewnych nerwów wywołać zmiany w zakresie komórek barwikowych podprzyskórkowych u żaby. Autorowie ci zauważyli, że w następstwie draźnienia czynnikami chemicznymi nerwów skórnych tych zwierząt, można wywołać skurczanie się komórek barwikowych, wskutek czego skóra staje się jaśniejszą, a przeciwnie porażeniem lub przecięciem tych nerwów otrzymujemy wprost przeciwny wynik. Sprawę tę tłómaczy sobie wpływem włókien nerwowych naczynio-ruchowych, za czem zresztą przemawia doświadczenie Vulpiana, który po zniszczeniu niektórych zwojów nerwu współczulnego, a tem samem porażeniu włókien zwężających naczynia u zwierząt, otrzymywał stale ciemniejsze zabarwienie odpowiednich obszarów skóry.

Zmiany barwikowe dzielimy na zmiany wywołane przez zbytnie nagromadzenie się barwika w pewnych miejscach (przebarwienie) i zmiany wywołane utratą barwika (odbarwienie).

Zmiany pierwszej kategoryi mogą być przemijające lub stałe, mogą zajmować małe tylko obszary skóry, lub mogą być natury ogólnej. Zagadnienia, dotyczące przyczyny zmian barwikowych najczęstszych jak piegi (*ephelis*, *lentigo*) lub ostuda (*chloasma*) oczekują jeszcze dotychczas zadowalniającej odpowiedzi, bo określenia dotychczasowe nie tłumaczą nam wprost niczego. Teoryę o wpływie promieni słonecznych na powstawanie t. zw. piegów (*ephilides*), obalił już Hebra wykazując naocznie, że piegi pojawiają się bardzo często na tułowiu lub udach, a zatem na częściach ciała najczęściej przynajmniej nie obnażonych. Że wpływy zewnętrzne a przedewszystkiem mechaniczne, jak silne drapanie, sprowadzać zwykły nagromadzenie barwika w wielkiej ilości, jest oddawna znanem, a widzimy to u wszystkich chorych cierpiących na świerzbiączkę *(prurigo)*, świerzbienie *(pruritus)* lub długo trwające wypryski. Chorzy ci draźnią drapaniem włókna czuciowe, wywołując odruchowo przekrwienie skóry, które z czasem prowadzi do silniejszej pigmentacyi. Zmiany barwikowe w przebiegu twardzieli, zaniku skóry lub słoniowacizny tłumaczy Schwimmer zaburzeniami w krążeniu, a zatem pośrednio zmianami naczynioruchowymi analogicznie do teoryi Gussenbauura co do pigmentacyi w „*Sarcoma melanoticum*". Wpływem układu współczulnego tłumaczymy zmiany barwikowe w przebiegu *Syphilis pigmentosa, Chloasma uterinum* i *Melanosis*, niewiadomem jest jednak zupełnie, czy mamy tu do czynienia ze sprawą czysto odruchową, czy też z działaniem bezpośredniem na ściany naczyniowe. Za sprawą odruchową przemawiają zmiany barwikowe, występujące często u kobiet w przebiegu chorób macicy lub jej przydatków, a należą tu *chloasma uterinum*, *lentigines* u kobiet cierpiących na miesiączkowanie bolesne (*dysmenorrhoea*) lub zboczenia w położeniu lub zgięciu macicy, i inne liczne zmiany, pozostające z życiem płciowem kobiet w najściślejszym związku.

Wspomnieć tu jeszcze należy o pigmentacyach skóry *in toto*, występujących w przebiegu chorób chronicznych wyniszczających, t. zw. *chloasma cachecticorum*, które zdaniem Littena i Krockera uważać należy za zmiany troficzne w ścisłem znaczeniu.

Nerwice polegające na odbarwieniu skóry na większej lub mniejszej przestrzeni, tłumaczymy zupełnie tymże samym wpływem układu współczulnego, tem więcej, że równocześnie obserwujemy zawsze przebarwienie skóry, a to przedewszystkiem dokoła ognisk odbarwionych. Do nerwic tych zaliczamy *Albinismus, Vitilligo* i *Leucoderma. Vitilligo* występuje częstokroć zupełnie samoistnie, bez jakiejkolwiek znanej przyczyny ze strony układu nerwowego, chociaż wielu autorów podaje dokładne spostrzeżenia co do występowania tego zboczenia w przebiegu chorób mózgu i rdzenia. Bourneville widział *Vitilligo* u chorego na guz mózgu powiększającą się w miarę zwiększającego się ucisku mózgowego. Beigel opisuje *Vitilligo* na wielkiej przestrzeni (*albinismus partialis*), wytwarzającą się w przebiegu zaniku mięśni postępowego, a Eulenburg zauważył powstanie tego zboczenia po zranieniu splotu ramieniowego. Bardzo ścisłe spostrzeżenia zawdzięczamy Leloir'owi, który badał nerwy skóry wyciętej *in vivo* z miejsca odbarwionego i znalazł zupełny prawie zanik włókna osiowego, *myelina* okazywała wybitne zmiany, podczas gdy osłonka Schwanna wypełniona była masą, barwiącą się pikrokarminem na żółto. Skóra sama okazywała następujące zmiany: przyskórek prawie zanikły, a z warstw sieci Malpighiego utrzymane jedynie tylko *stratum spinosum*, przy zupełnym braku komórek barwikowych. Skóra właściwa ścieńczała, a w pokładzie siatkowatym (*stratum reticulare*) zaledwie kilka gałązek naczyniowych. Jeżeli zatem uwzględnimy wynik badania histologicznego, a z drugiej strony liczne spostrzeżenia kliniczne w powyższym kierunku, nie będziemy się wahali zaliczyć opisane zboczenia do rzędu nerwic odżywczych w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Trzecią i ostatnią grupę nerwic skórnych stanowią nerwice w zakresie nerwów czuciowych t. zw. *Neuroses substantivae Idioneuroses* (*Auspitz*), a zaliczamy do nich wszystkie nerwice, których jedynym objawem są zboczenia w kierunku czuciowym bez jakichkolwiek zmian anatomicznych. Jedyną zmianą na skórze, jaką w przebiegu powyższych chorób dostrzedz możemy, są ślady drapania, zmiany spowodowane drogą mechaniczną, a to jeżeli mamy do czynienia

z przeczulicą skóry silnego stopnia, jak to ma miejsce n. p. w *pruritus cutaneus*.

Rozróżniamy dwa rodzaje nerwic czuciowych skóry w ogóle, a mianowicie *Neuroses anaesthaeticae* i *neuroses hyperaesthaeticae*. Podczas gdy pierwsze stanowią tylko jeden z objawów pewnych chorób układu nerwowego, uważamy drugie za nerwice skórne w ścisłem znaczeniu tego słowa, ponieważ występują one również jako choroby samoistne skóry z wszystkimi objawami nerwicy obwodowej. W ścisłym związku z przeczulicą pozostaje *hyperalgia*, stan, w którym przeczulica dochodzi do tego stopnia nasilenia, że najłagodniejsze bodźce zewnętrzne sprawiają wrażenie bólu, a z objawem tym spotykamy się również w niektórych postaciach nerwic czuciowych obwodowych.

Do rzędu przeczulic zaliczamy nadto t. zw. *Paraesthaesiae*, które objawiają się przeniesieniem percepcyi wrażeń nerwów czuciowych po za zakres miejsca drażnionego. Nie stanowią one osobnej postaci klinicznej nerwic czuciowych, stanowią natomiast częsty objaw chorób mózgu i rdzenia.

Przeczulica skóry może być miejscową lub ogólną i towarzyszy często wielu chorobom powłok zewnętrznych a przedewszystkiem tym, które polegają na zmianach w kierunku naczynio-ruchowym. Że przeczulica skóry, jak w ogóle zmiany w zakresie nerwów czuciowych, może powstać drogą wrażeń psychicznych, uczą nas liczne przykłady z literatury. Znanym jest objaw swędzenia skóry po silnych wzruszeniach, mianowicie lęku, a Cazenave podaje, że u pewnego młodzieńca po pracy umysłowej występowało każdym razem uczucie pieczenia w całej skórze, przechodzące w silny ból przy najlżejszem dotknięciu.

Wrażenia mogą być w przeczulicy najrozmaitsze, jak łaskotanie, pieczenie, swędzenie, a uważamy je za wyraz patologicznej percepcyi pewnych bodzców ośrodkowych lub obwodowych.

Chorobą przedstawiającą obraz czystej nerwicy czuciowej jest t. zw. *Pruritus cutaneus* we wszystkich swoich odmianach. Niektórzy autorowie a mianowicie Cazenave zaliczali i świerzbiączkę (*Prurigo*) do nerwic czuciowych skóry, większość jednak dermatologów, a także i szkoła wiedeńska, nie uważa choroby tej za nerwicę samodzielną, uwzględniając całą różnicę w patogenezie tego zboczenia, jak również w przebiegu klinicznym.

Mimo bardzo wytrwałych badań histologicznych, nie udało się dotychczas odszukać żadnych zmian anatomicznych dla nerwic czuciowych, ani w układzie ośrodkowym, ani też w nerwach obwodowych. Istnieje wprawdzie bardzo wiele hipotez, starających się wytłómaczyć w ten lub inny sposób cały zbiór objawów nerwic czuciowych, ale niemal żadna z nich nie uzyskała prawa obywatelstwa w literaturze. Teorya Upensky'ego, którą się dłuższy czas posługiwano, przypisuje objawy czuciowe tworzeniu się produktów przemiany materyi w tkance nerwowej w tak znacznej ilości, że utrzymują one włókna czuciowe w ciągłej czynności. Należą tu dalej teorye Schiffa, Ranke'go i Heidenhaina, tłómaczące ogół objawów zmianami chemicznemi w istocie nerwowej. Chociaż niektóre z tych teoryj znajdują jeszcze dzisiaj wielu zwolenników, przyznać musimy jednak, że patogeneza nerwic czuciowych jest nam niemal zupełnie nieznaną.

Nerwice czuciowe są, jak wspomniałem, stałym objawem wielu chorób mózgu i rdzenia, zajmując mniejszy lub większy obraz powłok zewnętrznych. Pojęciu „*hyperalgii*" w nerwicach przeczulicowych odpowiada tutaj analogicznie „*analgesia*", której pewną odmianę dotyczącą zmysłu dotyku zowiemy „*apselaphasia*". Jak widzimy znieczulenie skóry nie może być zaliczone do nerwic czuciowych samoistnych, stanowi ono raczej częściowy objaw chorób skórych, pozostających z układem nerwowym w związku przyczynowym. I tak jest ono stałym objawem pewnej odmiany trądu (*lepra anaesthaetica*), towarzyszy zawsze poźniejszym okresom zgorzeli skóry (*gangraena cutis*) i t. d. Występuje ona wszędzie tam, gdzie drogi czuciowe ośrodkowe lub obwodowe są w jakimkolwiek miejscu chorobowo zmienione, a wielkość ogniska chorobowego odpowiada wielkości obszaru znieczulonego. Bezczułość (*Anaesthaesia*) skóry całej *in toto* opisywana w przypadkach zmian patologicznych w mózgu, a mianowicie w okolicy tak zwanej uliczki czuciowej (*carrefour sensitif*) należy do największych rzadkości.

Wielu dermatologów, a między nimi także i pewna frakcya szkoły niemieckiej, zalicza do rzędu nerwic skórnych wiele jeszcze chorób innych, które szkoła wiedeńska uważa do dnia dzisiejszego bądź to za sprawy wypocinowe chroniczne, bądź też za sprawy nowotworowe skóry właściwej. Stanowisko to szkoły wiedeńskiej usprawiedliwia na razie w zupełności brak wszelkich pewnych wskazówek, świadczących na korzyść patogenezy neuropatycznej powyższych chorób, a czy w przyszłości wypadnie nam pomnożyć jeszcze dotychczasowy szereg chorób nerwowych skóry, pouczy nas patologia.

II. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. W. Łepkowski: 1) **Zastósowanie formaldehidu w dentystyce.** (*Przegląd lek.* Nr. 10, 11 i 13 z r. 1896). 2) **Über die Anwendung des Formaldehyds in der Zahnheilkunde.** (*Verhadlungen d. Deutsch. odontol. Gesellsch.* Tom VII. Zeszyt 3 i 4).

Z powodów odemnie niezależnych ocena niniejsza, napisana natychmiast po ogłoszeniu przez Dra W. Łepkowskiego powyższych prac, dopiero teraz uzyskała pomieszczenie w *Przeglądzie lekarskim*.

W pracach tych nie znajduję wyjaśnienia licznych zapatrywań, które autor w swoich poprzednich artykułach poruszył, a które ja ze stanowiska zawodowego w „Uwagach" moich (*Przegląd lek.* Nr. 1, 2 i 3 z r. b.) w wątpliwość podałem; natomiast stwierdzam z przyjemnością, iż autor pod wpływem tych uwag zmienił obecnie swój pierwotny sposób stósowania formaliny w następujących punktach:

1) Oczyszcza z rozkładowych pierwiastków nie tylko jamę korony, ale także kanały korzeniowe, gdy dawniej o treść tych ostatnich, wobec formaliny, wcale się nie troszczył.

2) Wprowadza obecnie zawsze do kanału korzeniowego nitkę waty formalinowej, — a dawniej po największej części zakładał kulkę takiejże waty, tylko do jamy pulpy.

3) Zaprzestał nakrywać listkiem cynfolii „sterczącą z otworu (t. j. z jamy pulpy) wilgotną watę", gdyż się musiał przekonać, iż na takiej podstawie nie da się utrwalić żadna plomba, a przedewszystkiem złota. Cynfolię zastępuje obecnie „maleńką kuleczką waty z mastyksem", którą utrwala cementem lub gutaperką. Wspomniany przy tej sposobności przez autora rodzaj „plomby platynowej" jest zupełnie nieznany w praktyce dentystycznej. Również „domysł" autora (pominięty w niemieckiej jego rozprawie), jakoby Miller listki złota lub cynfolii, którymi pokrywa swoje pastylki antysep-

tyczne „przytwierdzał kroplą cementu Fletschera lub gutaperką, rozpuszczoną w chloroformie“, pozbawiony jest wszelkiej podstawy, gdyż Miller o takiem przytwierdzaniu nigdzie nie wspomina.

Co do wskazań do użycia formaldehidu w dentystyce, trudno zrozumieć, dlaczego autor w obecnych artykułach, zgodnie z poprzedniemi „zredagował“ znowu punkt IV. i V. t. j. rozpoczynające się i przewlekłe zapalenie okostny, a nie połączył ich, jako chorób następowych (jak to w „Uwagach“ moich proponowałem) z punktami poprzedniemi, t. j. z zapaleniem lub zgorzelą pulpy. Jeżeli zaś autor leczy formaliną „samoistne“ zapalenia okostny, natenczas winien wyjaśnić, w jaki sposób stósuje ten środek wobec zdrowej korony zęba i zamkniętej jamy pulpy.

Dopiero obecnie wspomina autor o użyciu świderka korzeniowego, którego odłamaną główkę w przypadku 10. bez troski w kanale korzeniowym pozostawił. Tej okoliczności przypisać należy, iż owe „pęcherzyki ropne na dziąsłach“. o których „po upływie 7 miesięcy“ nie ma wzmianki, nie przestały się nadal wytwarzać, gdyż formalina przez szczelnie kanał zatykający odłamek żelaza działać skutecznie nie mogła.

Leszczyński i Forssmann zakładają, jak się z niniejszych artykułów autora przekonywuję, do kanałów korzeniowych watę formalinową na jedną dobę lub dłużej. Domyślić się można, iż opatrunek taki osłaniają inną kulką waty, którą zalepiają woskiem, gutaperką lub mastyksem. Dlaczego autor zupełnie analogicznie przezemnie robiony tymczasowy opatrunek z takiem oburzeniem potępia, a nawet trochę naiwnie i niefachowo takowy „plombą“ mianuje, tego zrozumieć niepodobna.

W przetłómaczonym na niemieckie i oryginalnie streszczonym liście kol. Leszczyńskiego dopuścił się autor niezgodnej z prawdą modyfikacyi, twierdząc, że Leszczyński wprowadza do kanału watę z formaliną i nakrywa ją gutaperką (..... *„führe Watte mit Formalin ein, bedecke dieselbe mit Guttapercha ....*“), podczas gdy w istocie kolega warszawski po oczyszczeniu kanału korzeniowego, koniec jego „szczelnie gutaperką zamyka“. Również polski referat autora z pracy Forssmanna nie zgadza się z oryginałem, gdyż dentysta szwedzki wcale nie twierdzi, aby zakładał formalinę na „zadrażnioną“ pulpę, albo uważał „natychmiastowe“ plombowanie zęba w przebiegu *pulpitis* za „dopuszczalne i skuteczne“.

Życzyćby należało, aby autor, bez względu na to, czy swoje oryginalne artykuły pisze dla „kolegów mniej obeznanych z chorobami zębów“, czy też dla dentystów, nie modyfikował dowolnie w osobistych celach prac obcych autorów.

Że przy użyciu formaliny należy być bardzo ostrożnym i nie stósować jej na zbyt rozległą skalę, świadczą własne wywody autora:

1) Trillat wykazał, iż formaldehid z wolnym amoniakiem zamienia się na heksametylenamin. Tenże związek dotychczas toksykologicznie nie zbadany, ale podobnie jak wszystkie „aminy“, niezawodnie trujący, wytwarza się zatem wobec wolnego amoniaku gnijącej pulpy, skoro formalina w kanale korzeniowym, sposobem autora, hermetycznie od zewnątrz zamknięta zostanie. Związek ten trujący może uledz wessaniu przez otwarte ujście szczytowe kanału i sprowadzić nieobliczalne w żywym organizmie następstwa.

2) Doświadczenia autora robione na psach, miały niby wykazać, iż „formalina przechodzi przez cienką warstwę dentyny i na żywą tkankę (t. j. zdrową pulpę) działa zabójczo“; ztąd wniosek, iż pod wpływem rzeczonego środka, który, jak się autor w praktyce przekonał, jest w stanie „przeniknąć zbyt cienkie ściany korzenia“, także „okostna zęba ludzkiego może przejść w nekrozę i następowo uniemożliwić istnienie korzenia w zębodole“. Tych samych skutków formaliny na okostnę zdrową, a tem więcej chorobowo zmienioną, należy się przecież obawiać przy otwartem ujściu szczytowem kanału. Ponieważ jednak autor dotychczas nie zauważył, aby formalina sprowadzała u jego chorych zgorzelinę okostnej, a w dalszem następstwie martwicę ścian zębodołu, przeto przypuścić należy, iż zmiany, które pulpy zębów psich okazywały, nie wystąpiły pod wpływem formaliny, ale wyłącznie były skutkiem mechanicznego, a więcej może termicznego zadrażnienia włókien zębowinowych (powstałego przy wierceniu stalowymi instrumentami sztucznego kanału w tkankach tak bardzo twardych), skąd zadrażnienie przeszło na odontoblasty, a z nich na włókna nerwowe i sprowadziło odruchowo zmiany w krążeniu krwi. Przynajmniej opis preparatów mikroskopowych, w których autor znalazł tylko naczynia, „jakby nabite ciałkami czerwonemi krwi“, w nerwach zaś żadnych zmian nie zauważył, a o tworach komórkowych nawet nie wspomniał, przemawia za miejscowem przekrwieniem pulpy, a nie za jej „mumifikacyą“.

Co do tego, iż istotnie sole amonowe przy gniciu istot białkowatych, a zatem i przy zgorzeli pulpy powstają, sprawę tę już kategorycznie załatwili inni badacze. Wręcz przeciwne wyniki badań, które autor przeprowadził, nie mają decydującego znaczenia, gdyż on w płynie „lekko dla związania wolnego amoniaku zakwaszonym“ to jest w płynie, w którym sam sztucznie sól amonową wytworzył, odczynnikiem Nesslera „ani śladu“ tejże soli nie wykazał.

Na zakończenie dodam, iż autor swoje „zastósowanie formaldehidu“ niesłusznie w polskiej pracy „nową metodą“ nazywa. Co najwyżej może sobie tylko przyznać zasługę, iż prawie pierwszy użył formaldehidu w terapii zębów, korzystając z metody, stósowanej oddawna przez wszystkich dentystów. *Dr. K. Szymkiewicz.*

III. Wyciągi.

G. B. Penrose: **Położenie macicy i mechanizm jej podpór.** (*Univ. Med. Magazine.* Vol. VIII. Nr. 7. Kwiecień 1896). Macica prawidłowo opiera się przednią powierzchnią o tylną powierzchnię pęcherza. Położenie więc macicy zawisło od stopnia napełnienia pęcherza i postawy kobiety. U kobiety stojącej macica leży nieco niżej niż u leżącej, a ciśnienie śródbrzuszne, nagniatając na tylną powierzchnię dna, wypiera macicę nieco ku przodowi tak, iż dno leży bliżej spojenia łonowego. Można powiedzieć, że u kobiety prawidłowej podłużna oś macicy jest w przybliżeniu prostopadłą do podłużnej osi pochwy. Ujście zwrócone jest ku kości ogonowej i znajduje się w odległości 1·5 cm. do 3 cm. od wierzchołka kości ogonowej. Rożne czynniki wpływają na utrzymanie macicy w tem położeniu. Opisano 8 wiązadeł: szerokie, okrągłe, maciczno-krzyżowe i pęcherzowo-maciczne.

Z wyjątkiem okrągłych, mających budowę mięśniową, więzadła maciczne utworzone są przez fałdy otrzewnowe, zawierające tkankę łączną, naczynia krwionośne, limfatyczne i małą ilość mięśni nieprążkowanych. W postawie stojącej kobiety punkta przyczepienia i początku różnych więzadeł macicznych leżą w tej samej płaszczyźnie poziomej. Żadne więzadło nie jest przyczepione wyżej niż jego początek w macicy, w prawidłowem położeniu zatem macica nie jest zawieszoną. Fakt ten wielokrotnie wykazano przy operacyach. Gdy kobieta leży, można haczykiem, przy użyciu niewielkiej siły, przyciągnąć szyjkę maciczną do wejścia pochwowego na $2^1/_2$ do 5 cm., jak również słabym uciskiem palcami podnieść ją o tyleż ponad prawidłowe położenie.

Więzadła macicy działają jako jej podtrzymywacze. Ustalają ją i zapobiegają wielkim ruchem ku bokom lub w tył i naprzód, gdy zaś macica jest w prawidłowem położeniu i poziomie nie unoszą jej i nie przeciwdziałają sile ciężkości. Natomiast gdy macica z jakiegokolwiek powodu obniży się z prawidłowego poziomu o $2^1/_2$ lub więcej cm., natedy więzadła maciczne mogą do pewnego stopnia przybrać cechę unoszących.

U kobiety prawidłowej pochwa jest zawsze zamkniętą, stanowi szparę w dnie miednicy o cesze zastawkowej. Wskutek tego trzewa brzuszne i miednicowe można uważać za

zawarte w zamkniętem naczyniu, tak u kobiety jak i u mężczyzny. Macica unosi się w tem zamkniętem naczyniu w poziomie odpowiednim jej ciężarowi swoistemu. Gdy z jakiejś przyczyny ciężar macicy jest zwiększony, to opada ona poniżej prawidłowego poziomu.

Jeżeli więc prawidłowo macica niema dążenia do zmiany położenia, to musi pozostawać pod równym ze wszystkich stron uciskiem. Rzecz ta będzie lepiej zrozumiałą, jeżeli zwrócimy uwagę na kilka faktów w hidrostatyce. Jeżeli płyn zawarty w naczyniu zamkniętem jest w równowadze tak, iż pojedyncze jego cząstki są w spoczynku, wtenczas parcie na każdą cząstkę jest ze wszystkich stron równe. Inaczej nie byłoby równowagi i cząstki byłyby w ruchu. Dno atoli takiego naczynia nie jest jak cząstki płynu ze wszystkich stron otoczone płynem, w górze jest płyn a pod spodem powietrze atmosferyczne. Każdy punkt dna wystawiony jest na ciśnienie z góry, równe wadze słupa płynu ponad tym punktem, a temu parciu przeciwdziała siła materyału, z którego naczynie jest zrobione. Jeżeliby materyał był podatny lub prężny, to przez ciśnienie z góry wypukliłoby się dno do pewnego stopnia. Cząstka płynu tuż ponad dnem jest wystawiona na podobne ciśnienie, zrównoważone nie przez jakiś opór w cząstce, lecz przez opór dna, równoważący parcie górne.

Podobny stan rzeczy istnieje w miednicy kobiecej. Macica unosi się w pewnym poziomie, a śródbrzuszne ciśnienie z góry jest zrównoważone równem od dołu przez dno niejako naczynia, (którego część stanowi międzykrocze). Gdyby pochwa była rurą otwartą, dopuszczającą powietrze tak, aby macica stykała się w górze z zawartością miednicy, a od dołu z powietrzem, natedy ten stan rzeczy byłby zmieniony. W tym razie macica stałaby się częścią dna naczynia i byłaby wystawioną na parcie wewnątrz-brzuszne z góry, któremu stawiałaby opór jedynie siła macicy i jej uczepień. Taki stan rzeczy ma miejsce, gdy międzykrocze jest rozerwane, pochwa staje się rozwartym kanałem a nie zamkniętą szparą.

Z tego powodu gdy międzykrocze rozdarte, a powietrze ciągle do kanału pochwowego wchodzi, zniesioną jest równowaga hidrostatyczna w treści miednicy, wypadkowa więc sił działających na macicę prze ku dołowi, wskutek czego narząd ten ma skłonność do opadania. Postęp tego opadania znajduje w pewnym poziomie opór w różnych uczepieniach macicy. Więzadła przyjmują cechę unoszących, skoro tylko punkta przyczepu u macicy są poniżej punktów uczepu w miednicy. Tkanka łączna, naczynia krwionośne i t. d., powstrzymują ruch ku dołowi. W końcu ruch ten powstrzymuje t. zw. „zatrzymująca siła brzucha", nie będąca niczem innem, jak parciem powietrza atmosferycznego od dołu na zawartość naczynia o zamkniętych ścianach i wierzchu.

Zwróćmy znów uwagę na przykład z fizyki: Jeżeli weźmiemy rurkę szklaną napełnioną wodą, umieścimy palec na jednym jej końcu i przewrócimy, woda nie wypłynie, lecz zostaje utrzymaną przez ciśnienie powietrza atmosferycznego od dołu. Gdy usuniemy palec, parcie atmosferyczne będzie też z góry działać i woda wypłynie. Jeżeli zrobimy otwór w boku rurki, to parcie atmosferyczne będzie przez nie działać i woda z części poniżej otworu spłynie. Aby słup wody został utrzymany, boki rurki muszą być sztywne lub niepodatne. Gdyby boki rurki poddawały się parciu atmosferycznemu, to zapadałyby się i uszłaby pewna ilość wody.

Jamę brzuszną i miednicową w postawie stojącej kobiety można uważać za rurkę wypełnioną treścią płynną. Wierzchołek tej rury jest zamknięty przez przeponę, boki stanowią więcej lub mniej sztywne ściany brzuszne i tył. Dno stanowi międzykrocze. Gdy dno jest zniszczone, to zrobionym jest otwór w dnie rurki; treść dąży do wypadnięcia czemu stawia opór ciśnienie atmosferyczne, działające od dołu. Gdy przepona i ściany są sztywne jak w rurce szklanej nie będzie opadu, jak nie wypływa woda z rurki szklanej. Gdy ściany są podatne, to odpowiednio do stopnia podatności opad jest proporcyonalnym. W ten sposób siła zatrzymująca brzucha, zawisła od siły lub sztywności ścian jego. *P. A.*

Veillon & Hallé: **Badania bakteryologiczne zapaleń pochwy i sromu u dzieci.** (*Archives de médec. experim, et d'anatomie patholog.* 1896. Mai Nr. 3). Badanie wydzieliny ropnej z pochwy i sromu u dzieci wprost pod drobnowidem wykazało 25 razy na 27 przypadków obecność ziarnika, okazującego cechy postaciowe gonokoka. Hodowle uskuteczniono w 21 przypadkach i znaleziono 17 razy gonokoka Neisserowskiego (5 razy w hodowli czystej, 12 razy w towarzystwie rozmaitych bakteryj, znajdujących się w wydzielinie prawidłowych organów płciowych). Autorowie wnoszą z tego, że przeważna część zapaleń pochwy sromu u dzieci jest przyrody wiewiurowej, i nawołują do stósowania w razach podobnych odpowiednich ostrożności, powstaniu powikłań zapobiedz mogących. Czyste hodowle gonokoka uzyskiwali autorowie w przypadkach zapaleń o bardzo ostrym przebiegu; w lżejszych przypadkach towarzyszyły gonokokowi rozmaite inne drobnoustroje, znajdujące się zawsze w pochwie prawidłowej, w której nigdy gonokoka znaleść się nie udało. Zakażenie gonokokiem w opisanych przypadkach powstało niewątpliwie na drodze pośredniej. *Cch.*

Kurłow (prof. w Tomsku): **Pasorzyty krztuśca.** *Centralbl. f. Beuter.* 1896. Nr. 14, 15). Autor odmawia wielkiego znaczenia bakteryom, jakie dotychczas za przyczynę krztuśca uważano, a to głównie dlatego, ponieważ w początkowym okresie niepowikłanego krztuśca albo bardzo niewiele, albo wcale ich znaleść nie można, a wykryte najrozmaitsze gatunki, zresztą bardzo zmiennie się pojawiające, widzieć można w znaczniejszych ilościach dopiero przy pojawieniu się powikłań. Zdaniem K. przyczyną krztuśca są pierwotniaki (*protozoa*). We wszystkich badanych przypadkach, w których nie było powikłań, znalazł K. w plwocinie świeżej zaraz na początku choroby, jak i w dalszym jej przebiegu ameby z drobnoziarnistą protoplazmą (pierwoszczą), okazujące, zwłaszcza na ogrzanym stoliku, żywe własne ruchy; obok tego widział on liczne zarodniki, cechujące się współśrodkowem uwarstwieniem, z których, jak podaje, bezpośredni rozwój ameb dojrzałych dostrzedz zdołał; zarazem miał widzieć proces odwrotny, t. j. powstawanie zarodników w amebach i ich uwalnianie się z rozpadłych osobników pasorzyta. Obok tego znajdował K. w niektórych przypadkach podobne do ameb ruchliwe twory, zaopatrzone w rzęsy po jednej lub obu stronach; związku tych tworów jednakże ze wspomnianemi amebami dokładnie dotąd zbadać nie zdołał; giną one szybko, w miarę ochłódnięcia plwociny, najlepiej więc badać je na ogrzewanym stoliku mikroskopowym. Podobne twory spostrzegali już Henke w r. 1874 i Deichler w 1886., lecz badania ich nie zwróciły uwagi i przeszły, przez nikogo niesprawdzane, bez rozgłosu. *Cch.*

Dr. Charles Leedham-Green (Birmigham): **Doświadczenia nad odrażaniem rąk wyskokiem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 4. Czerwca 1896.). Zachęcony wynikami Reinickiego chciał autor osobiście przekonać się, o ile wyskok sam może służyć jako lek odrażający. W tym celu przedsięwziął szereg badań, których wynik różni się bardzo od tego jaki otrzymał Reinickie. Leedham-Green sądzi, że twierdzenie Ahlfelda, jakoby wyskok nie tylko mechanicznie usuwał drobnoustroje, ale nawet wprost zabójczo na nie działał, jest mylne. Doświadczenia swe przeprowadził w następujący sposób:

Polecił asystentom myć ręce najpierw wodą i mydłem zwykłem, potem wodą gorącą wyjałowioną i mydłem, następnie wyskokiem. (N. B. paznogcie poprzednio mechanicznie oczyszczono).

Po tem jeszcze wytarto gazikiem albo watą i szczoteczką paznogcie i ręce, w końcu obmyto wyjałewioną wodą gorącą. Teraz badanie odbywało się w ten sposób: chropowatą kostką słoniową, poprzednio dobrze wyjałowioną, wy-

tarto ręce, a brzegami paznogcie i po tem kostkę wrzucono do epruwetki z Agar-Agar, którą w termostacie obserwowano przez 3 dni.

Badania rozpadają się na dwie grupy. I.) Badanie rąk niezanieczyszczonych, normalnych i II.) na umyślnie zanieczyszczonych. Czas trwania mycia wahał się od 5 do 10 minut wodą, a 3 do 5 minut wyskokiem. Tylko trzy razy ręce okazały się wolne od zarazków, zresztą większa albo mniejszą ilość drobnoustrojów znajdowano w hodowli. Autor próbował jeszcze, czy eter nie byłby lepszy, ale wynik był ten sam. Ze względu na to, że były robione doświadczenia kontrolujące i, że ilość kolonij stoi w odwrotnym stosunku do czasu mycia, można przypuścić, że doświadczenia były przeprowadzone dokładnie, a wynik zależał od słabego działania wyskoku. Dlatego Leed. Green sądzi, że mycie wyskokiem, tak jak to poleca Ahlfeld, nie jest wystarczającem.

W odpowiedzi na powyższe prace podaje F. Ahlfeld kilka uwag. 1) Przy badaniu na czystość rąk z wynikiem dodatnim znacznie mniejsza jest możliwość błędów, niż z wynikiem ujemnym, 2) powołując się na doświadczenia w ostatnich czasach przez niego przeprowadzone twierdzi, że potrzebna jest pewna wprawa w myciu, 3) Leed Green powinien był, według Ahlfelda, zacząć od jednego palca, a później przejść do całej ręki. Ile razy u Ahlfelda wynik był ujemny, tyle razy tyczył się po największej części położnej, względnie jeszcze nie doświadczonej uczennicy, a często po drugim, trzecim razie dopiero miała palec czysty. A. i jego asystent Dr. Kühne zanieczyścili sobie palce badaniem chorej z *endometritis puerperalis septica*, A. zaraz obmył palce, K. zaś po pół godziny, a badanie wykazało, że palce były zupełnie czyste. A. jest zdania, że metoda mycia rąk wyskokiem jest zupełnie pewną, dlatego ją gorąco poleca.

Dr. D. Hirsch.

H. Dauchez: **O enteroklizie (przepłukiwaniu jelit) w przewlekłych biegunkach dzieci (ze względu na 3 przypadki zapalenia jelit śluzowego)**. (*Revue des maladies de l'enfance*, Mai 1896). Autor ma na myśli zapalenia ograniczające się do jelit grubych i cechujące się głównie stolcami bardzo cuchnącymi, papkowatymi, brunatnawymi, zmięszanymi ze śluzem, a brakiem innych objawów jelitowych, żołądkowych lub wogóle brzusznych. Cierpienie występuje u dzieci po skończonym 1. r. ż., jest bardzo uporczywe i leczenie zwykłe (ścisła dyeta, olej rącznikowy naprzemian z makowcem i środkami ściągającymi) nie prowadzi zazwyczaj do celu; bardzo skutecznemi zaś są obfite, co drugi dzień powtarzane przepłukiwania jelit ciepłymi, lekko przeciwgnilnymi rozczynami (3% kw. borowy, 2% rozczyn nastoju bedźwinowego) które się wstrzykuje w ilości 800—900 gr. zapomocą zgłębnika wysoko wprowadzonego do okrężnicy.

Autor wspomina następnie, że Lesage i Dauriac polecają przy cholerze, zapaleniach jelit, żółtaczce, niedrożnościach jelit i samozatruciach ustroju, n. p. mocznicy przepłukiwanie jelit cienkich. Wykonuje się je w sposób następujący: chory leży na grzbiecie, pod lewy pośladek podkłada się poduszkę, gruby zgłębnik cewkowy, połączony z naczyniem zawierającem 8—10 lit. wody, o ciepłocie 40°, wprowadza się otworem stolcowym bardzo głęboko. Ciśnienie wynosi z początku 20—30 cm. potem 1 m. Od 3-go lit. chory doznaje morzyska jelitowego: płyn wtłacza się wtedy do jelita cienkiego i wypełnia dolny jego odcinek. Od 6-go zaś płyn dostaje się do żołądka i wywołuje nudności i wymioty kałowe.

Dr. Ksawery Lewkowicz.

Svehla (Praga): **Przyczynek do patologii duru brzusznego**. (*Revue des maladies de l'enfance* Mai, 1896). Autor opisuje cztery przypadki duru brzusznego u dzieci. Pierwszy tem się odznaczał, że przebiegał zupełnie bez gorączki (*typhus apyreticus*), również nie było powiększenia śledziony, ani wysypki. Objawy były następujące: biegunka, pewien czas trwające odurzenie, język suchy, obłożony, w moczu diazo-reakcya, wreszcie, co najważniejsza, we krwi i w moczu prątki Eberth'a. Krew badano w ten sposób, że kroplę krwi z palca przeniesiono z odpowiedniemi ostrożnościami na agar; po tygodniu powstała widoczna kolonia, w której sprawdzono prątki przez hodowlę na ziemniaku i t. p. Mocz zaś wstawiono do termostatu (37.5°) na 24 godzin, a część powstałego osadu wylano w płytki z żelatyną i badano następnie podejrzane kolonie.

W dwóch innych przypadkach wystąpiły rzadkie powikłania: w jednym mianowicie zgorzel błony śluzowej jamy ust i wyrostka zębodołowego szczęki górnej z następowem wyleczeniem, w drugim błonica gardła z dławcem krtani na tle prątków Löfflera; przypadek ten zakończył się nie pomyślnie.

Dr. Ksawery Lewkowicz.

Prof. E. Maragliano z Genui: **Gruźlica utajona i maskowana**. (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 19 i 20, 1896.). Do znanych klinicznych postaci gruźlicy dodaje M. dwie jeszcze: utajoną i zamaskowaną. Do pierwszej należą przypadki, w których ani miejscowych ani ogólnych objawów chorobowych nie ma. Utajenie to może być trwałe, czasowe lub przepuszczające. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z samoleczeniem się ustroju, który wytwarza chroniące go antytoksyny; w tych przypadkach po dłuższym czasie w miejscu gdzie było ognisko, występuje przytłumienie, spowodowane rozrostem tkanki łącznej. Czasowe utajenie występuje w przeważnej liczbie przypadków gruźlicy. U człowieka dotąd pozornie zdrowego, występują kliniczne objawy gruźlicy, lub krwotok płucny, bądź samoistnie, bądź też po chorobie zakaźnej, n. p. po grypie. Pomimo braku objawów, prawie napewno twierdzić można, że w tych przypadkach zagnieżdżenie się prątka gruźliczego już dawniej nastąpiło; choroba jednak była w okresie utajenia. Po takim wybuchu zaburzeń płucnych może choroba ta powrócić do okresu utajenia, lecz może objawiać się nowymi wybuchami, i to będzie postać przepuszczająca (*intermittens*). Częstym jej objawem jest powracający nieżyt oskrzeli, innych objawów fizykalnych brak, badanie drobnowidowo-bakteryologiczne plwociny daje wynik ujemny, a jednak szczepiąc tę plwocinę świnkom morskim w $1/4$ wypadków otrzymał M. wynik dodatni. Co do gruźlicy maskowanej rozróżnia M. jej 2 postacie: *a*) wycieńczającą i *b*) durową, W pierwszej charakterystycznem jest przy braku objawów miejscowych, podkopanie odżywienia, niedokrewność, zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, utrata łaknienia, przygnębienie, u kobiet ustanie miesiączki. Dopiero później dołączają się objawy miejscowe. Postać durowa przebiega od początku z gorączką o równym torze. Objawy towarzyszące zwykle stanowi gorączkowemu dopełniają obrazu. Gdy ciepłota wysoka, a towarzyszą jej objawy jelitowe i obrzęk śledziony, często mylnie bywa rozpoznanym dur. Postać ta często łączy się z poprzednią t. j. wycieńczającą. Rozpoznanie tych postaci gruźlicy jest trudne, ale możebne. Gruźlicę utajoną rozpoznać można przez wykluczenie innych chorób i wywiady co do dziedziczności. Gruźlicy maskowanej stałej oczywiście rozpoznać nie można, w przerywanej ważną rzeczą są wywiady, bo kto raz miał gruźlicę, choć pozornie wyleczony, zawsze budzi podejrzenie nawrotu jej. Prócz tego M. zauważył, że toksyczność surowicy krwi gruźliczych jest zwiększona, 3—5 cm. na 1 klgr. wagi zabija królika. W gruźlicy utajonej objaw ten odpada, i w takich przypadkach poleca M. uzycie tuberkuliny. M. twierdzi, że u dobrze odżywionych, w okresie utajenia, nigdy tuberkulina szkodliwych skutków nie wywołuje. Wstrzykuje jej w celach rozpoznawczych 1—3 do 10 mgr. gdy i to nie wywołuje odczynu, 25 mgr. Wprawdzie tak duża dawka i u zdrowych wywołuje gorączkę, ale u gruźliczych, prócz gorączki, pojawiają się i objawy ogniskowe, których przedtem nie było, i po tem ich odróżnić od zdrowych można.

Wykrywszy tym sposobem gruźlicę, na jakiej drodze należy dążyć do jej leczenia, czy wzmacniając ustrój do walki z toksynami, czy też wstrzykując tuberkulinę (w dawkach nie wywołujących odczynu), podniecać ten ustrój do

wytwarzania antytoksyn, czy też wstrzykiwać surowicę ze zwierząt, zawierającą już antitoksyny? M. zastrzega sobie pierwszeństwo w podaniu metody otrzymywania takiej surowicy. Wstrzykuje on ją po 1 cm. co drugi dzień i zauważył, że po miesiącu lub dwóch jej stósowania, chorzy nie oddziaływają już na takie dawki tuberkuliny, które przedtem ogólny i miejscowy odczyn wywoływały, co M. uważa za dowód dodatniego działania tej surowicy.

W leczeniu tem chodzi o jak najwcześniejsze rozpoznanie, które się udaje tylko za pomocą tuberkuliny. Należy więc, zdaniem autora, badać tym środkiem i osoby uchodzące za zdrowe, by módz przeciwdziałać w okresie utajenia gruźlicy. *Roż.*

Dr. Dreyer: **O nozophenie.** *(Reichs-Medical Anzeiger* Nr. 20. i 21. 1896 r.). D. poleca nozophen, jako środek bardzo korzystnie działający w chorobach skórnych, a mianowicie: w wyprysku z wyprzania, wrzodzie podudzia, wrzodzie miękkim, liszaju części rodnych. Działanie jego jest przedewszystkiem wysuszające, przyczem nie zadrażnia wcale tkanek. Nozofenian sodowy *(Antinosin)* w wodzie rozpuszczalny działa bardzo dobrze jako lek odraźny w czem, zdaniem D., przewyższa kwas karbolowy. Oba te środki nie działają trująco. Ujemną ich stroną jest wygórowana cena. *Roż.*

C. Binz i N. Zuntz: **O zachowaniu się i działaniu nozophenu w ciele zwierzęcem.** *(Fortschritte der Medicin).* Z doświadczeń autorów wynika, że nozophen jest mniej niebezpieczny niż jodoform; — sól jego, *Antinosin*, wstrzyknięta wprost do żyły, działa trująco, lecz to w praktyce nie ma zastósowania. W miernej ilości do żyły wstryknięty *Antinosin* w roztworze, wydziela się na błonie śluzowej jelit. W moczu pojawia się w większej ilości, gdy mocz oddziaływa alkalicznie. Zewnętrznie zastósowany powstrzymuje podobnie jak jodoform ropienie przez zabijanie leukocytów. *Roż.*

Dr. T. Heryng: **O fenolu sulfo-rycynowym stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa.** *(Gazeta lekarska* Nr. 26 i 27. r. 1896). (Dokończenie). W dalszym ciągu przytacza H. 10. historyj chorób, z których 7 ze zmianami gruźliczemi, 3 z innemi cierpieniami dróg oddechowych, leczonych fenolem sulfo-rycynowym. W 2-ch przypadkach gruźliczych notuje H. zupełne zabliźnienie sprawy chorobowej, chorzy odzyskali głos zupełnie. W innych przypadkach głos powrócił nie zupełnie, ale trudne połykanie znikło całkowicie. Wyniki leczenia były najkorzystniejsze w przypadkach nasięków ograniczonych, jednostronnych, z małą skłonnością do rozpadu. W cierpieniu gruźliczem nagłośni były one znacznie gorsze, niż innych części krtani, poprawa i tu osięgnąć się dała, ale nie wyleczenie. Pędzlowanie świeżych ran tym lekiem po chirurgicznych rękoczynach, nie dało pomyślnych rezultatów; dlatego dopiero w 8—10 dni po zabiegu, gdy pozostaną tylko drobne ogniska nasięku, można go zastósować (30%), ale z dużemi przerwami, by uniknąć odczynu zapalnego. Wogóle leku tego nie można uważać za swoiście działający w gruźlicy krtani; w pewnych jednak przypadkach działa on bardzo korzystnie, a w połączeniu z leczeniem chirurgicznem, przy uwzględnieniu wszelkich przepisów higieniczno-dyetetycznych i klimatycznych, daje zdaniem H. względnie najlepsze wyniki. W przypadkach przerostowego przewlekłego nieżytu nosa, fenol działa bardzo korzystnie, reakcya i ból nawet przy użyciu 30% roztworu, nie wielkie. To samo zauważył H. i w twardzieli nosa, gardła i krtani, za trwałość poprawy jednak ręczyć w tej chorobie nie można. W *Pharyngitis lateralis hypertrophica* i w *Pharyngitis lateralis luetica* działanie fenolu jest również bardzo korzystne, i dlatego autor nie waha się polecić ten lek w powyżej przytoczonych cierpieniach. *Roż.*

Dr. Georg Köster: **O etyologii i leczeniu mimowolnego moczenia.** *(Deutsche med. Wochshrift* Nr. 23). W roku 1867. podał Seeligmüller sposób leczenia mimowolnego moczenia, polegający na wprowadzeniu druta miedzianego, połączonego z ujemnym biegunem przyrządu indukcyjnego do cewki na 1—1·5 cm., a elektrody dodatniej na spojenie łonowe. Prąd lekko wyczuwalny stósował S. w ten sposób przez 5 minut. K. zastósował ten sposób leczenia z tą różnicą, że stósuje prąd wzmagający się aż do dosyć znacznej siły przez 2—3 minuty, poczem obniża siłę prądu do minimum, i powtarza to na jednem posiedzeniu 3 razy. Leczenie to jest tak pewne, że często wystarcza jedno posiedzenie, w innych przypadkach trzeba je kilka razy powtórzyć. Na 20 przypadków (11 chłopców 9 dziewcząt) leczonych w ten sposób przez K. wyzdrowiało 17, u jednego nastąpiła poprawa, w 2 przypadkach leczenie nie skutkowało. Posiedzeń stósował K. u 7 chorych po 1 razie, u 6 po 2, u 3 po 3, u 2 po 4, u jednego 12 i u jednego 20.

Jako przyczynę cierpienia uważa K. osłabienie zwieracza i zwieracza szyjki pęcherza. Więcej podpadają temu chłopcy niż dziewczęta, cierpienie to czasem bywa dziedziczne.

Porównując inne metody leczenia ze sposobem Seeligmüllera, (a dają się one podzielić na 4 grupy: 1) elektryzowanie, ale w inny sposób; 2) metoda mechaniczna *a*) przez ułożenie, *b*) przez rozszerzenie cewki; 3) chirurgiczna; 4) lekarstwiana,— dochodzi K. do przekonania, że sposób ten jest najlepszy i najłatwiejszy w zastósowaniu. *Roż.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe dnia 5. Czerwca 1896.

Przewodniczący kol. Prus. — Członków obecnych 28, gości 5.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Beck wygłosił rzecz o trujących własnościach moczu. Po szczegółowem wyłożeniu zasad teoryi Bouchard'a i jego szkoły o toksyczności moczu, mówca zdał sprawę z własnych w tym kierunku podjętych doświadczeń. Wynik badań tych nie potwierdza poglądów Bouchard'a według których mocz ranny ma wcześniej i łatwiej wywoływać u zatrutych nim zwierząt drgawki, mocz zaś wieczorny sprowadzać śmierć wśród objawów porażennych. Ze spostrzeżeń mowcy wynikałoby raczej, że mocz ranny nie różni się tak dalece od wieczornego jakoteż, że nieuzasadnionem jest przypuszczenie Bouchard'a o istnieniu w moczach tych antagonistycznie działających istot jak również twierdzenie, że mieszanina moczów rannego i wieczornego ma posiadać toksyczność niższą od średniej, wypadającej z toksyczności poszczególnych porcyj moczu. Bouchard upatruje główny powód toksyczności moczu w t. zw. urotoksynach, wydzielanych przez nerki z ustroju. Nie przecząc, że w stanach patologicznych zwiększona toksyczność moczu może być w ten sposób tłomaczona, mówca dowodzi, że trujące własności prawidłowego moczu zależą od soli mineralnych, zwłaszcza potasowych. Doświadczenie Lépine'a, polegające na wprowadzeniu popiołu moczu do obiegu krwi, potwierdzone przez prelegenta, który badał nadto bezpośredni wpływ wstrzykiwań moczu na układ krążenia i stwierdził zupełną analogię pomiędzy działaniem moczu, jego popiołu i czystych roztworów soli potasowych, przemawiają stanowczo za powyższem zapatrywaniem. W końcu mówca okazał zebranym wpływ wstrzykiwania moczu do żył królika na czynność serca i parcie ościenne w naczyniach.

Dyskusyę nad wykładem kol. Becka odłożono do następnego posiedzenia.

Kol. Ziembicki przedstawił niezwykłej wielkości kamyki żółciowe, wyjęte z woreczka żółciowego w drodze operacyjnej.

Kol. Beck oprowadził zgromadzonych po zakładzie fizyologicznym i wyjaśniał szczegółowo urządzenie pracowni.

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

V. W sprawie reformy studyów lekarskich.

Podał
prof. Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Jeżeli zaprowadzenie pewnych zmian w nauczaniu przedmiotów teoretycznych jest pożądanem, to sposób nauczania przedmiotów praktycznych powinien być z gruntu zmieniony. Sposób, który obecnie z małemi zmianami praktykuje się prawie we wszystkich uniwersytetach kontynentalnych, według mego zdania, jest stanowczo przestarzały i nieodpowiedni. Był on być może dobry wtedy, gdy nauka lekarska stała na przełomie, kiedy zrywała ze staremi tradycyami i czyniła usiłowanie, aby się oprzeć na podstawach nowych i ścisłych. Lecz obecnie, kiedy się tak znacznie rozrosła, kiedy coraz bardziej przybiera charakter nauki ścisłej, opierającej się na faktach, podobnie jak każda inna dziedzina naukowa, sposób ten stanowczo nie wystarcza. W każdej nauce, w miarę jak wzrasta ilość poznanych faktów, fakta te się klasyfikuje i uszeregowuje w sposób, który pozwala na łatwe zorjentowanie się w całym przedmiocie i najłatwiejsze jego przyswojenie. Tymczasem cóż widzimy w klinikach? Nasamprzód spotykamy w audytoryum słuchaczy z lat rozmaitych; obok nowicyuszów, którzy po raz pierwszy przekraczają progi tego przybytku, uczniów uczęszczających już na klinikę czwarte lub piąte półrocze. Następnie widzimy, że nauczanie polega na tem, że profesor od początku każdego półrocza przedstawia swoim uczniom chorych, bada ich, wyłuszcza znalezione objawy, rozpoznaje chorobę, w końcu omawia leczenie i w całej tej swojej pracy zupełnie się nie liczy z tem, że w skład jego audytoryum wchodzą także uczniowie, którzy nie mają najmniejszego pojęcia, ani o sprawach chorobowych w ogóle, ani o sposobach badania, ani o celu tej lub innej metody kuracyjnej; oczywiście, że już z tego powodu uczniowie ci nie wielką mogą wynieść korzyść z wykładu klinicznego, lecz korzyść ta zmniejsza się jeszcze więcej, jeżeli profesor przedstawia takiemu słuchaczowi na tym samym wykładzie nie jednego, lecz kilku chorych, z których każdy ma inne cierpienie; to też jest powszechne zdanie uczniów, a wielu lekarzy może to potwierdzić i z własnych wspomnień, że pierwsze dwa półrocza wykładów klinicznych są zwykle stracone, ponieważ uczeń w natłoku zupełnie nowych faktów i pojęć nie jest w stanie wcale się zorjentować. Nie większa bywa korzyść i w tych przypadkach, gdy profesor podczas wykładu klinicznego wzywa po kolei uczniów do badania chorych i żąda od nich zdania sprawy wobec całego audytoryum. Przy tym sposobie prowadzenia kliniki traci się nieużytecznie niewątpliwie najwięcej czasu. Pewna trema, brak śmiałości a często i umiejętności, mniej lub więcej dowcipne uwagi profesora, budzą tylko wesołość w audytoryum, podczas gdy rzeczywista korzyść redukuje się prawie do zera. Dlatego też uważam za rzecz najważniejszą zaprowadzenie pewnych zmian nauczania w klinikach. Ażeby uczniowie byli w stanie korzystać odrazu z wykładów klinicznych, potrzeba przedewszystkiem wprowadzić kilka nowych przedmiotów, których obecnie uczniowie albo wcale nie słuchają, albo słuchają w nieodpowiednim czasie, następnie uważam za niezbędne zaprowadzenie obowiązkowego porządku, w którym słuchacze mają na rozmaite wykłady uczęszczać. I tak, studya ściśle lekarskie musiałyby się rozpoczynać: po pierwsze, od wykładów kursu dyagnostyki najważniejszych zmian chorobowych, które w ustroju ludzkim powstają, powtóre od wykładu patologii ogólnej, po trzecie od wykładu teoretycznego patologii szczegółowej tak z zakresu chorób wewnętrznych, jakoteż równorzędnie chirurgicznych; w wykładach tych możliwie treściwych uczniowie przedewszystkiem mieliby sposobność oznajomienia się z klasyfikacyą rozmaitych stanów chorobowych; i po czwarte systematycznego wykładu teoretycznego kursu anatomii patologicznej, opartego na demonstracyi zmian anatomo-patologicznych. Dopiero po oznajomieniu się z tymi przedmiotami w ciągu jednego lub dwóch półroczy, uczniowie winni byliby rozpoczynać swe studya w klinikach i tu rozszerzać i pogłębiać swoje wiadomości praktycznie. Lecz i teraz racyonalnie prowadzone wykłady kliniczne musiałyby opierać się nie na przypadkowo nadarzającej się kazuistyce, lecz obejmować całe działy chorób po kolei, przyczem materyał potrzebny do przedstawienia odpowiednich grup chorobowych mogłyby kliniki czerpać nie tylko z ambulatoryum, lecz także i ze szpitali powszechnych.

Dalszą zmianą nauki klinicznej, której zresztą domagał się także projekt ministeryalny i wspomnianej wyżej ankiety, byłoby pozostawienie całego ambulatoryum we wszystkich klinikach do wyłącznego użytku słuchaczy. W dzisiejszym stanie rzeczy możnaby sądzić, że kliniki istnieją tylko do użytku profesorów i asystentów, cały bowiem materyał nie tylko kliniczny, ale i ambulatoryjny jest faktycznie w dyspozycyi asystentów, słuchacze zaś korzystają z niego tylko wyjątkowo. Tymczasem ambulatoryum mogłoby z wielką korzyścią być wyzyskane dla słuchaczy, mogłoby służyć im do nabycia tej znajomości medycyny praktycznej, której brak im się zarzuca obecnie. Do tego potrzebaby tylko słuchaczy, przypuśćmy dwóch ostatnich półroczy, podzielić na grupy, naprzykład po 10 osób, i żądać od nich, ażeby każda grupa po kolei brała udział w przyjmowaniu chorych ambulatoryjnych pod kierunkiem asystentów, jeżeliby to było w godzinach wykładowych, lub także samego profesora. Czynność słuchaczy polegałaby na samodzielnem badaniu chorych, stawianiu rozpoznania i oznaczaniu terapii. Takie postępowanie przez przeciąg dwóch półroczy pod kierunkiem asystentów lub profesora, niewątpliwie pozwoliłoby uczniom nabyć tyle wiadomości praktycznych, że obok wykładów klinicznych profesora, one zupełnieby wystarczały nietylko do złożenia egzaminu, ale i do rozpoczęcia praktyki samodzielnej po ukończeniu, i samo uczęszczanie na kliniki główne, t. j. wewnętrzną i chirurgiczną, mogłoby się ograniczyć tylko do trzech semestrów.

Oprócz materyału ambulatoryjnego i materyał kliniczny stały powinienby być także więcej wyzyskiwany na korzyść uczniów. Do każdego chorego, przyjętego do kliniki, winien być przeznaczony jeden ze słuchaczy po kolei, który przez cały czas pobytu chorego w klinice byłby obowiązany śledzić cały przebieg choroby i niezależnie od asystenta prowadzić historyę choroby. Wprawdzie czegoś w tym rodzaju wymaga i obecna ustawa, lecz niedostateczne przestrzeganie tego przepisu sprawiło, że składanie takich historyj chorób stało się prostą formalnością. W klinice chirurgicznej nadto uczniowie ostatniego półrocza powinni byliby mieć możność wykonywania także pod okiem profesora lub asystenta naj-

prostszych operacyj u ambulatów, oraz zakładania opatrunków na chorych, już operowanych.

Nie ulega wątpliwości, że ten smutny obraz stosunków klinicznych, który dopiero co nakreśliłem, nie jest zjawiskiem powszechnem, że wyzyskiwanie materyału klinicznego, zależnie od osobistych zapatrywań profesora, może być lepsze i korzystniejsze, więcej racyonalne; tem nie mniej, że dzisiejsza metoda nauki klinicznej jest wadliwą, że słuchacze rzeczywiście nie mogą dostatecznie korzystać z klinik, mamy niewątpliwy dowód w tym fakcie, że w uniwersytetach austryackich istnieją osobne kursa płatne prowadzone przez asystentów. Jakiego to rodzaju są te kursa, jaki ich jest zakres, nie wiem, lecz to mogłem stwierdzić, że istnieje mniemanie wśród rygorozantów, że bez takiego kursu z zakresu przedmiotów lekarskich praktycznych, drugiego i trzeciego rygorozum złożyć nie podobna. A jeżeli tak jest, to kurs asystencki jest niejako uzupełnieniem wykładu profesora, jestto w każdym razie fakt, którego za normalny uważać niepodobna.

Wprawdzie wobec dzisiejszego wynagrodzenia asystentów byłoby to znacznym uszczerbkiem dla nich, gdyby takie kursa stały się zbytecznymi, lecz niewątpliwie i nauka i słuchacze na takiej zmianie tylkoby zyskali.

Oprócz wprowadzenia pewnych zmian w sposobie nauczania przedmiotów obowiązujących podług starej ustawy, wypadałoby w nowej zaliczyć do tej kategoryi także kilka nowych a stanowczo wśród dzisiejszych stosunków niezbędnych. Do tej kategoryi wypada zaliczyć psychiatryę i choroby nerwowe, higienę, choroby weneryczne i skórne, oraz choroby dzieci.

Wszystkie te zmiany wymagałyby niewątpliwie powiększenia kosztów utrzymania wydziałów lekarskich, na urządzenie nowych zakładów lub klinik, na powiększenie środków naukowych w pracowniach, na zwiększenie liczby asystentów lub elewów, lecz na to niema innej rady. Dzisiejszy stan nauk lekarskich tego bezwzględnie mymaga i można napewno twierdzić, że bez powiększenia kosztów wszelka reforma korzystna będzie niemożliwą.

Lecz oprócz kosztów przeprowadzenia tych zmian staje

szeroko wrota postępowi i przez to może być korzystną, lecz również łatwo pozwala na wszelkie zboczenia i nadużycia. Nasamprzód cały szereg młodzieńców o słabej woli i niewyrobionym charakterze, korzystając z tej wolności, wprost marnuje czas zamiast go użyć na naukę; następnie zdarzają się przypadki, że pod jej osłoną profesorowie, zamiast treściwego wykładu całego przedmiotu, wykładają przez całe półrocze tylko o własnych swych pracach lub poglądach, roztaczając je przed audytoryum, które żadnego sądu własnego o tych zapatrywaniach mieć nie może. Nadto wypada i to wziąść jeszcze pod uwagę, że jakkolwiek wydziały lekarskie należą do uniwersytetu, to jednakże są one w gruncie rzeczy szkołami fachowemi w ścisłem tego słowa znaczeniu, a jako takie muszą być tak zorganizowane, ażeby z jednej strony profesorowie nie wykładali tego, co jest zbyteczne, z drugiej uczniowie uczyli się tego wszystkiego, co jest niezbędne. Sądzę jednakże, że zasada wolności nauczania mogłaby pozostać, lecz wypadałoby ją stosować do pewnych dziedzin naukowych jako całości, ustawa n. p. mogłaby nadać prawo organizowania się każdemu wydziałowi, a organizacya ta winna byłaby polegać na tem, że oprócz posiedzeń administracyjnych, które się odbywają obecnie, zostałyby wprowadzone w życie posiedzenia naukowo-dydaktyczne; na tych posiedzeniach grona profesorskie nietylko miałyby za zadanie ustanowić porządek, w jakim rozmaite przedmioty, wykładane w tym wydziale, miałyby być słuchane, lecz profesorowie winni byliby porozumiewać się między sobą i w najogólniejszych zarysach ustanawiać zakres każdego przedmiotu. Postanowienia te mogłyby od czasu do czasu ulegać zmianom, lecz w każdym razie w ten sposób dałoby się osiągnąć większą jednolitość w nauczaniu i sama nauka rzeczywiście stanowiłaby jakąś określoną całość.

Co się tyczy wolności uczenia się, to według mego zdania, ze względu na dobro uczniów i nauki, wypadałoby z niej zrobić ofiarę i wszystkie przedmioty, które wydział uzna za potrzebne, uważać jako obowiązkowe, wolność zaś zachować tylko dla wykładów dodatkowych lub zanadto specyalnych, oraz dla wykładów docentów. W ten sposób mogłoby się znaleść miejsce w tem lub innem półroczu dla wykładów laryngologii, otyatryi, dentystyki, kursu opatrunków i t. p. (Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Odpis. C. k. Ministeryum spraw wewn. Nr. 16317.
do c. k. Namiestnictwa we Lwowie.

C. k. Ministeryum spraw zewnętrznych zawiadamia o zaproszeniu, przysłanem mu od tutejszej francuskiej ambasady, do wzięcia udziału Austro-Węgier w IV-tym międzynarodowym Kongresie dla hydrologii, klimatologii i geologii, który się odbędzie w dniach od 28. Września do 4. Października 1896. w Clermant-Ferrand, oraz załącza pytania, mające służyć za temat do narad Zjazdu. Takowe są: Sekcya hydrologiczna: 1) Właściwe działanie różnych wód mineralnych ze stanowiska leczniczego. 2) Co należy rozumieć przez leczenie cieplicami *(Thermal-Cur?)* Znaczenie cieplic i używanych przy nich sposobów leczenia? 3) Działanie wód mineralnych na odżywienie. 4) Kwas węglowy i dwuwęglowy alkaliów w wodach mineralnych i ich znaczenie lecznicze. 5) Krytyczny pogląd na stan przepisów prawnych o wodach mineralnych i policya sanitarna w cieplicach. 6) Otrzymy-

5) Wody z głębokich artezyjskich studzien w stosunku do niektórych mineralnych źródeł.

Wiedeń 13. Maja 1896.

Izba lekarska w Krakowie.

W ciągu I. półrocza r. 1896.

1) Zgłosili się do Izby lekarskiej w Krakowie: Drowie Aronsohn Juliusz, Berger Ludwik, Christ Stanisław, Czerny-Szwarcenberg Edward, Gawlik Jan (jun.), Górnisiewicz Zygmunt, Janikiewicz Stanisław, Landau Jan, Lax Jan, Łopaciński Michał, Malsburg Henryk, Matzke Antoni, Mendlowski Włodzimierz, Nartowski Mieczysław, Piotrowski Adam, Służewski Kazimierz, Sternbach Dawid, Unsin Henryk, Wachtel Zygmunt, Wicherkiewicz Bolesław, Wróblewski Wincenty; wszyscy zamieszkali w Krakowie.

Nadto: Drowie Dawid Mayer (Sieniawa), Dobrowolski Adam (Głogów), Foebus Izrael (Tarnów), Katz Chaskel (Podgórze), Koeppel Henryk (Rzeszów), Meller Jakób (Baranów), Miczulski Antoni (Zator), Nikliborc Jan (Zebrzydowice), Reik Jakób (Manów), Taub Samuel (Strzyżów), Topoliński Henryk (Prądnik biały), Trelski Mikołaj (Ryglice), Tyszkowski Leon (Rybotycze), Woynarowski Kazimierz (Żywiec).

2) Przesiedlili się: Dr. Kwaizer Władysław (z Krakowa do Milówki).

3) Opuścili okręg Izby: *a)* Drowie Dwernicki Stanisław (z Krakowa do Schodnicy), Jeż Walenty (z Krakowa do Wiednia), Kowenicki Adam (z Jarosławia do Brzeżan), Marowski Mieczysław (z Krakowa do Bośnii), Orzechowski Jan (z Ryglic do Maryampola), Wiktor Michał (z Andrychowa do Ołomuńca); *b)* wstąpili do służby rządowej: Drowie Biesiadzki Antoni, Haim Leopold, Milewski Tadeusz z Krakowa i Dr. Bąkowski Teofil z Baranowa; *c)* wstąpił do c. k. armii Dr. Hand Jonatan z Ulanowa.

4) Zmarli: Drowie Bartmański Ferdynand z Myślenic, Gęślak Jan z Zebrzydowic, Skakalski Eugeniusz z Podgórza.

5) Zrzekł się wykonywania praktyki lekarskiej Dr. Nowak Juliusz z Krakowa.

* **Sprawozdanie biura statystycznego miasta Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXVI.** (od 21. do 26. Czerwca). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 80310. Zawarto małżeństw 11 (7·12); urodzin było 69 (44·68); skonów 47 (30·43). Stosunek dzieci ślubnych, do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 38:14, u żydów 3:12.

W tym XXVI. tygodniu umarło na gruzlicę osób 7, na zapalenie płuc 4, na odrę 5, na płonicę 3, na cholerę niemowląt 4. Z duru brzusznego, osutkowego i ospy, nikt nie umarł.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Lipca 1896.

* Z Litwy donoszą, że rząd przeznaczył z funduszu ziemskich powinności kwotę 118.582 rs. na budowę wiejskich zakładów leczniczych w guberniach: wileńskiej, mińskiej, grodzieńskiej, podolskiej, wołyńskiej i kijowskiej.

Wiadomość ta nabiera wagi wobec ujawnionych w sprawozdaniach kijowskiego Zjazdu lekarzy rosyjskich, rażących braków w zarządzeniach zdrowotnych po wsiach. Ten ujemny stan rzeczy streszczają *„Birżewyje Wiedom.“* w następujących słowach: „Brak lekarzy i lekarstw, znachorstwo felczerów, brak jakichkolwiek przygotowań do walki z epidemią, oto ogólny zarys stanu sanitarnego po wsiach. W niektórych powiatach jeden lekarz przypada na 140, a nawet na 280 tysięcy mieszkańców. Lekarstw przypada w przecięciu za 1 do 3 kopijek na chorego. Za to korespondencyj, rachunkowości, instrukcyj, okólników — ile dusza zapragnie i t. d.

* Roczne sprawozdanie kasy imienia Mianowskiego, rozpoczynającej 15-ty rok istnienia, wykazuje pomyślny stan finansów tej zbawiennej instytucyi. Kapitał zakładowy dosięga 300.000 rs. W roku sprawozdawczym dopomogła kasa ludziom, pracującym na polu naukowem, kwotą 16.363 rs.

* Rada państwa zezwoliła na budowę nowego szpitala Dzieciątka Jezus w zarządzie gminy miasta Warszawy. Osobny komitet ma przeprowadzić sprzedaż budynków dotychczasowego szpitala i przystąpić do gromadzenia materyału na tę monumentalną budowę.

* Zmarły w tych dniach ś. p. prof. Pląskowski zapisał Tow. lek. warsz. 4000 rubli sr., przeznaczając 2000 rs. na fundusz konkursowy, odsetki od którego, co 2 lata, wypłacane być mają za najlepszą pracę z dziedziny psychiatryi, oraz 2000 rs. na zapomogę z odsetków członkom Tow. lek. warsz., udającym się na zjazdy psychiatrów.

* Gazety codzienne ogłaszają telegraficzną wiadomość, że w Gdańsku umarła jedna osoba wśród objawów cholerycznych, a badanie bakteryologicznie potwierdziło azyatycką cholerę.

* Od lat 16 wychodzi w Amsterdamie miesięcznik, organ stowarzyszenia przeciw partactwu; walczy on wytrwale przeciw tajnym lekom, wyjaśniając, na podstawie rozbioru chemicznego, ich bezskuteczność, a nawet często szkodliwość.

(H) W Wiedniu przedstawił prof. G Braun na posiedzeniu Tow. lek. zmumifikowaną rękę i dolną część przedramienia u osoby po wyłuszczeniu rakiem dotkniętej macicy.

(H) Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie przedstawił Dr. Sternberg chorego, który chcąc się wyleczyć z powiększonych gruczołów szyjnych, jadał gruczoły tarczykowe (w ciągu 5 tygodni mniej więcej 30 gruczołów), a wynik był ten, że teraz gruczoły na szyi są 3 do 4 razy większe.

* *Gazeta lekarska* otrzymała od Dra Narkiewicza Jodki wiadomość, że w Frankfurcie nad Menem otwarto od pół roku zakład dla cierpiących na cukrzycę. Ze względu na tak wielkie znaczenie specyalnej dyety dla tego rodzaju chorych, zakład taki ma racyę bytu. Dyrektorem i stałym konsultantem jest prof. Noorden.

— **Nekrologia.** W Lublinie skrócił sobie życie prawdopodobnie w napadzie szału Dr. **Karol Załuski**, ceniony okulista.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 27. Dra Korniłowcza: Romuald Pląskowski (wspomnienie pośmiertne). Dra J. Piotrowskiego: Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy organicznych wadach serca. Dra Wład. Janowskiego: Przypadek obecności *Balantidii coli* w stolcach. Dra Herynga: O fenolu sulforycynowym, stósowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa. Dra Elzenberga: W kwestyi profilaktyki chorób wenerycznych. — W *Medycynie* Nrze 26. Prof. Dra Browicza: O nieprawidłowych nitkach w sercu i możebnem ich znaczeniu. Dra Grundzacha: Przyczynek do etyologii przetok żółciowych i kilka słów o przetokach żółciowych. Dra Higiera: Syringomyelia.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.